**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

Il sottoscritto dott Giuseppe Angelino Psicologo, iscritto all’Ordine degli Psicologi del Lazio n. 6049, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l’IC Marino Centro, fornisce le seguenti informazioni. Le prestazioni saranno rese presso le sedi dell’Istituto Comprensivo Marino Centro. Le attività dello sportello di Ascolto saranno come di seguito organizzate:

(a)tipologia d'intervento : Consulenza;

(b) modalità organizzative: Colloqui individuali;

 (c) scopi: Prevenzione e benessere a scuola ;

(d) limiti: L’attività non costituisce intervento clinico;

 (e) durata delle attività Anno Scolastico in corso;

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani reperibile on line sul sito dell’Ordine al seguente indirizzo [www.ordinepsicologilazio.it](http://www.ordinepsicologilazio.it).

I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

La presente liberatoria dovrà essere inviata sottoscritta in ogni parte alla mail sportello.ascolto@icmarinocentro.edu.it

Per informazioni e prenotazioni: sportello.ascolto@icmarinocentro.edu.it

**Dott. Giuseppe Angelino**

***MINORENNI***

La Sig.ra ............................................................. madre del minorenne…………………………………………………….

nata a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ...............................................presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. ....................................................................padre del minorenne…………………………………………………….

nato a ........................................……………………………………………………………………………… il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

e residente a …………………..………….................................................................................................................

in via/piazza ………...…………………………...................................................................................n.….…….............

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal... dott. ...............................................presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre